

## 後期高齢者入院時負担軽減申請書

年 月 日

千代田区長 殿

関係書類を添えて後期高齢者入院時負担軽減助成を申請します。  
また、申請者及び対象者の必要な情報を照会することについて同意します。

申請者 〒 住所  
氏名 (印) (対象者との関係)  
電話番号 ( )

対象者 〒 住所 千代田区  
氏名 生年月日 明・大・昭 年 月 日  
入院した医療機関名  
入院期間 年 月 日～ 年 月 日  
※申請日から遡って1年を経過した入院期間は助成金計算の対象外です。  
※対象者ご本人以外の方が申請・受領する場合は、＜委任欄＞に記入してください。

## ＜委任欄＞

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者入院時負担軽減の申請・受領に関する権限を委任します。

委任者 千代田区 氏名 (印)  
(対象者)  
代理人氏名 代理人住所  
(申請者)

受給資格認定に際し、対象者の介護保険の認定情報、生活保護の受給状況など必要な情報を照会することについて同意します。

また、サービス提供に必要な範囲内で、サービス受給情報を高齢者あんしんセンターなどに提供することに同意します。

対象者氏名 (印)

助成金は下記の金融機関の口座にお振込みください。

振込先 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	1. 普通 2. 当座						
	口座名義人(かか)		口座番号						

- (注意) 1. 入院日数を確認できる書類(領収書原本等)を添えて申請してください。  
領収書原本は、在宅支援課で確認後ご返却します。  
2. 対象者本人又は代理人の名義以外の口座への振込を希望するときは別途書類が必要です。  
3. ゆうちょ銀行の場合は、振込み用支店名(3桁の数字)・口座番号をご記入ください。

**区処理欄**

今年度入院分

入院期間 A (今年度累計)	7~30 日	31~60 日	61~90 日	91~120 日	121 日以上
金額 B	1 万円	2 万円	3 万円	4 万円	5 万円
今年度入院日数(助成済分) C	日			今回対象入院日数(A-C)	日
今年度入院助成済金額 D	円			今回助成金額(B-D)	円

前年度入院分

入院期間 A (前年度累計)	7~30 日	31~60 日	61~90 日	91~120 日	121 日以上
金額 B	1 万円	2 万円	3 万円	4 万円	5 万円
前年度入院日数(助成済分) C	日			今回対象入院日数(A-C)	日
前年度入院助成済金額 D	円			今回助成金額(B-D)	円

利用料・自己負担金等の未払いなし